

бесконтрастную трехмерную МР-ангиограмму сосудов, а для детального изучения количественных параметров венозного кровотока была использована методика количественной оценки потока Quantitative Flow (Q-Flow).

Результаты и обсуждение. Были измерены качественные и количественные характеристики венозного кровотока. Показатели потока крови по нижней полой вене (НПВ) в группах контроля и у пациентов с ВБМТ не отличаются. У пациентов с тромбозом нижней полой вены и подвздошных вен поток крови по НПВ на уровне впадения почечных вен выраженно индивидуален: не регистрируется, отрицательный либо резко снижен; на уровне выше впадения почечных вен принципиально не отличается от группы контроля.

У пациенток с ВБМТ, в большинстве случаев, визуализируются расширенные гонадные вены, преимущественно левая гонадная вена. Поток крови по вене имеет обратное направление (отрицательный) по сравнению с потоком по НПВ. Таким образом, даже в горизонтальном положении, наблюдается рефлюкс по гонадным венам, особенно левой гонадной, что и является причиной венозного застоя в малом тазу. Важно отметить выраженные индивидуальные отличия венозной анатомии у пациенток с ВБМТ.

Для пациентов с тромбозом НПВ, подвздошных вен, вен нижних конечностей также характерны выраженные отличия венозной анатомии, связанные с особенностями развития коллатералей. Наиболее выраженными коллатеральными брюшной полости являются гонадные вены (правые или левые), которые на уровне ниже впадения почечных вен берут на себя основную нагрузку венозного оттока от нижней половины тела. На уровне нижних конечностей основными коллатеральными являются поверхностные вены до с/3 и глубокие вены в проксимальном направлении. Эта информация принципиальна в определении прогноза заболевания и тактики лечения.

Кроме того, комплексное МРТ исследование позволяло выявлять или исключать сопутствующие заболевания, которые зачастую являлись причиной либо следствием венозной патологии. В большинстве случаев, это были опухолевые процессы, а также сосудистые мальформации, ТЭЛА.

Выводы. Для оценки венозного кровотока предложен комплекс МР-томографических методик, возможности которых позволяют не только качественно, но и количественно оценивать особенности потока крови. Достоинства МРТ несомненно расширяют круг диагностических возможностей современной клиники и могут быть полезны у пациентов с ВБМТ и венозными тромбозами, а полученные качественные и количественные данные о характере венозного кровотока могут не только дополнять и уточнять результаты сонографии и рентгенографии у этих пациентов, но и проводить оценку труднодоступных для УЗИ венозных структур, диагностировать сопутствующие заболевания.

Фомин А.В., Хрол А.В.

ЛЕЧЕНИЕ ВАРИКОЗНОГО РАСШИРЕНИЯ ВЕН НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ У БЕРЕМЕННЫХ

Витебский государственный медицинский университет, Витебская городская клиническая больница скорой медицинской помощи, г. Витебск, Республика Беларусь

Актуальность. Варикозная болезнь (ВБ) нижних конечностей встречается у 40-60% женщин, проживающих в индустриально развитых странах. Беременность является одним из predisposing факторов возникновения варикозного расширения вен. Манифестация данного заболевания часто отмечается именно в период беременности. Клинически ВБ проявляется хронической венозной недостаточностью (ХВН).

Цель. Анализ консервативной лечебной тактики у беременных при ВБ и признаках ХВН.

Материал и методы. Наши данные основаны на анализе результатов лечения пациенток отделения патологии беременных УЗ "Витебская городская клиническая больница скорой медицинской помощи". За период с 2010 по 2014 гг. пролечено 10032 пациентки. Из пациенток, к которым для консультации по поводу ВБ приглашался хирург, выделено три группы. Первая группа - пациенты без варикозно-расширенных вен с клиникой ХВН - С0, С1. Вторая группа - лица с расширенными венами и их варикозной трансформацией, включая варикозное расширение вен половых органов, без осложнений. Третья группа - пациентки с осложнениями, среди которых - тромбоз венозных синусов, илюофеморальный тромбоз. Диагноз выставлялся на основании клинических данных, результатов ультразвуковой доплерографии. Дополнительным методом диагностики были показатели общего анализа крови и коагулограмма. При наличии ХВН в отдельных случаях выполняли дуплексное ангиосканирование. Диагноз в группах обследованных пациенток выставлен в соответствие с классификацией СЕАР. Под наблюдением были пациентки с ВБ нижних конечностей С0, С1, С2, С3.

Результаты и обсуждение. Подход к лечению был дифференцированным. Обязательным компонентом лечебных мероприятий пациенток всех трех групп был компрессионный трикотаж, однако, следует отметить, что комплаенс был невысок. Для выполнения назначений требовалась достаточная настойчивость лечащего врача. При С0, С1 дополнительных назначений не требовалось. Пациенткам с С2 и С3 дополнительно проводилась терапия курантилом (в дозе 25 мг один раз в день), важное свойство которого - способность к дезагрегации. Во время второго и третьего триместра беременности пациенткам этой группы дополнительно назначали ацетилсалициловую кислоту 150 мг в сутки.

При наличии таких факторов риска, как возраст более 35 лет, вес более 80 кг, постельный

режим свыше суток, женщинам с варикозными узлами в раннем послеродовом периоде назначали низкомолекулярные гепарины: дальтепарин натрия 5000МЕ 1 раз в сутки или надропарин кальция 0,3 под кожу 1 раз в сутки. Три пациентки с илюфеморальным тромбозом получали низкомолекулярные гепарины до родоразрешения соответственно с 13, 19 и 25 недель беременности. Гепарин отменяли с началом родовой деятельности, а затем продолжали на протяжении раннего послеродового периода.

Пациенткам с болевым синдромом в икроножных мышцах, усиливающимся при движении, отеком конечности к концу дня, положительными симптомами Хоманса, Мозеса, но при отсутствии признаков нарушения кровотока при доплерографии, по клиническим данным составляли диагноз тромбоз венозных синусов. Пациенткам этой группы, кроме компрессионного трикотажа, применяли низкомолекулярные гепарины. Гепарины применяли на период клинических проявлений - в течение 7-10 дней. Флеботоники (детралекс, флебодия и др.) в стационаре не назначали, вместе с тем, ряд пациенток данные препараты получал на догоспитальном этапе.

Способ родоразрешения определяли акушер-гинекологи исходя из клинической ситуации. При указанной консервативной тактике мы не наблюдали тромбоэмболических осложнений и других эпизодов тромбообразования со стороны вен нижних конечностей.

Выводы. Основным лечебным методом при неосложненной ВБ беременных является компрессионный трикотаж. Низкомолекулярные гепарины имеют определенные показания для применения и являются эффективным средством профилактики тромбоэмболических осложнений.

*Фомина Е.Е., Бредихин Р.А.,
Ахметзянов Р.В., Игнатьев И.М.*

УЛЬТРАЗВУКОВЫЕ КРИТЕРИИ ОЦЕНКИ В ДИАГНОСТИКЕ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ МАЛОГО ТАЗА

*Межрегиональный клинико-
диагностический центр,
Казанский государственный
медицинский университет,
г. Казань, Российская Федерация*

Актуальность. Варикозная болезнь малого таза (ВБМТ), в англоязычной литературе более известная как pelvic congestion syndrome (синдром тазового венозного полнокровия), является весьма актуальной патологией. Заболевание наблюдают у 10-25% женщин репродуктивного возраста. Учитывая разнообразие взглядов в трактовке диагностических критериев данного заболевания, нам представляется важным оценка параметрических величин на основании ультразвуковых методов диагностики данного заболевания.

Цель. Оценить возможность ультразвукового ангиосканирования (УЗАС) в диагностике ВБМТ

и определить критерии нормы и патологии гоноадных вен.

Материал и методы. В исследование было включено 116 пациенток в возрасте от 24 до 56 лет. Средний возраст составил $36,2 \pm 8,03$. Все пациентки были разделены на 2 группы. Основную группу составило 86 (74,1%) женщин с симптомами тазового венозного полнокровия. В группу сравнения включено 30 (25,9%) относительно здоровых женщин. Всем пациенткам обеих группы было проведено УЗАС с количественной оценкой диаметров гоноадных и левой почечной вены (ЛПВ).

Результаты и обсуждение. При оценке диаметра гоноадных вен за нормальные величины были приняты размеры вен пациенток группы сравнения. Нормальным, без признаков патологии, диаметром аркуатных вен можно считать размеры до 3 мм. Нормальный диаметр вен гроздевидного сплетения - до 5 мм.

У всех пациенток основной группы отмечали увеличение диаметра гоноадных вен. Средний диаметр варикозно расширенных аркуатных вен составил $0,37 \pm 0,09$ справа и $0,38 \pm 0,07$ слева. При оценке вен гроздевидного сплетения было выявлено следующее. Расширение диаметра до 8 мм (в среднем $0,63 \pm 0,08$) отмечали у 61 (70,9%) пациентки, от 8 до 10 мм - у 20 (23,3%) (в среднем $0,86 \pm 0,05$), более 10 мм - у 5 (5,8%) человек (в среднем $1,0 \pm 0,04$). При оценке вен гроздевидного сплетения чаще отмечали симметричный характер поражения. Одностороннее расширение вен было выявлено в 8,2%, двустороннее - в 91,8%.

В основной группе у 17 (25,8%) пациенток выявлен синдром сдавления ЛПВ в аорто-мезентериальном пинцете. Соответственно, установлены следующие ультразвуковые критерии стеноза ЛПВ: диаметр между аортой и верхней брыжеечной веной менее 0,22 см, средняя скорость кровотока более 120 см/сек, эктазия ЛПВ в проксимальном сегменте более 0,87 см, эктазия вен гроздевидного сплетения слева более 0,88 см.

Выводы. Аркуатные вены и вены гроздевидного сплетения при диагностике методом УЗАС лоцируются в 100% случаев. УЗАС является эффективным и достоверным методом диагностики ВБМТ, а также синдрома сдавления ЛПВ в аорто-мезентериальном пинцете.

*Хафизов А.Р., Олейник Б.А., Абдулаев М.А.,
Иванов А.В., Минигалеева Э.Р.*

ОПЫТ ЭВЛК С ИСПОЛЬЗОВАНИЕМ РАДИАЛЬНОГО СВЕТОВОДА С ЧАСТОТОЙ 1470 МКМ ПРИ ЛЕЧЕНИИ ВАРИКОЗНОЙ БОЛЕЗНИ НИЖНИХ КОНЕЧНОСТЕЙ

*Клиника современной флебологии,
г. Уфа, Российская Федерация*

Актуальность. Варикозная болезнь (ВБ) и, развивающаяся на ее фоне, хроническая венозная недостаточность (ХВН) встречаются у 20 - 50% населения индустриально развитых стран.